

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2966520120210201174829

Processo 0800249-37.2021.8.23.0010 ☆ - (24 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo):

ao

Data do Movimento(Período):

à

Descrição:

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08002493720218230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **27/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **04/07/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **27/04/2019**. Frisa-se que houve pagamento administrativo na no valor de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais.

Certo é que, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ³.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que decerto deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

³**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE JURÍDICA DO PAGAMENTO INTEGRAL

Cabe ressaltar que não há que se falar em recebimento de indenização em grau total, sem atentar-se que o autor já recebeu conforme a Lei 11.945/2009, ou seja, nos casos de invalidez permanente TOTAL a vítima receberá o montante de ATÉ R\$ 13.500,00, não existindo a possibilidade de receber além deste valor alegando novo sinistro e nova lesão, o que levaria a parte autora a beneficiar-se economicamente as expensas da ré e sob o manto do Poder Judiciário, não podendo receber além do limite máximo indenizável.

Sendo assim, não há que se falar em hipótese de condenação devido ao valor indenizatório ultrapassar o valor de R\$ 13.500,00, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50.

Conforme podemos observar, o autor recebeu cerca de R\$14.785,00 relacionados a sinistros anteriores:

20/11/2015

Recibo de Depósito para a Solitação 10862839



DJO - Depósito Judicial Ouro

			Nº DA CONTA JUDICIAL	
			2600121368974	
Nº DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF/DV)	TIPO DE JUSTIÇA
0		19-11-2015	3797-4	ESTADUAL
DATA DA GUIA		NÚMERO DO PROCESSO		TRIBUNAL
19-11-2015		0830194-16.2014.8.23.0010		TRIBUNAL DE JUSTICA
COMARCA		ORÇÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)
BOA VISTA		1 VARA CÍVEL RESIDUAL	REU	11.410,00
NOME DO RÉU/IMPETRADO			TIPO PESSOA	CPF/CNPJ
SEGURADORA LÍDER			JURÍDICA	09.248.608/0001-
NOME DO AUTOR/IMPETRANTE			TIPO PESSOA	CPF/CNPJ
RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA			FÍSICA	15103846268
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
9F66815732304367				



30/2001, Lei nº 11.419/2006
reificador: PJSWK 98952 FSXLQ AW4QR

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/09/2014
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00653
CONTA: 000000036470-6

Nr. da Autenticação 1B3FC4FAD6ABBCFC

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	10/01/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000041544-0

Nr. da Autenticação 8E5B5147817F6F2F

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, ATÉ O LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL DE R\$ 13.500,00 tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

DA FALTA DE CARACTERIZAÇÃO DO DANO MORAL

No instituto da responsabilidade civil, a obrigação de indenizar está diretamente vinculada à comprovação real do dano, como regra mínima de convivência, o que não se verifica no caso em concreto.

Em que pese à parte autora alegar que faria ainda *jus* ao recebimento de indenização por danos morais, não há nos autos qualquer prova de que a parte autora ter sido acometida de abalo capaz de justificar a formulação do pedido de danos morais, o que dificulta até mesmo a formulação da defesa.

Nesse passo, à guisa de ilustração, faz-se remissão à lição do mestre CAIO MÁRIO DA SILVA PEREIRA, sobre o dano hipotético⁴.

⁴“É claro, então, que se a ação se fundar em mero dano hipotético, não cabe reparação” (in *Responsabilidade Civil, Forense*, 5ª ed., página 42).

Ainda que ilícito houvesse nem assim poderia a parte autora pretender indenizações, pela evidência de que suas consequências, no caso, não tiveram magnitude suficiente para caracterizar tecnicamente dano moral, conforme os precedentes pátrios⁵.

De fato, sentimentos como descontentamento, aborrecimento e inconformismo não podem ser confundidos com o dano moral.

Entendimento contrário ao aqui defendido implicaria inferir que, doravante, o vencido sempre terá de indenizar ao outro litigante um “dano moral” que o mesmo sofrera à conta do simples “transtorno” de haver utilizado a via judicial com vistas à satisfação do seu direito! Enfim, o dano moral seria uma consequência “direta” do inadimplemento da dívida e da propositura de uma ação judicial tencionando cobrá-la!

A Ré não praticou ofensa de qualquer gravidade e repercussão capaz de caracterizar o dano moral, que não basta ser alegado; precisa ser provado e comprovado.

Desta forma, a parte autora não faz jus a dano moral, conforme acima exposto.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

⁵“AÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES. COMPLEMENTAÇÃO. DESPESAS EFETIVAMENTE COMPROVADAS. PAGAMENTO A MENOR. **DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS.** SENTENÇA CONFIRMADA. RECURSOS IMPROVIDOS. Cuida-se de ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT cumulada com indenização por danos morais em face de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, por conta de acidente automobilístico. (...) **Outrossim, não merece guarida o pedido autoral de reparação por danos extrapatrimoniais por conta do não pagamento integral do crédito. Isso porque, embora não se negue os aborrecimentos que a situação possa ter gerado, não logrou êxito o demandante comprovar que tenha sofrido qualquer ofensa à dignidade da pessoa humana, fato que ensejaria a indenização pretendida. Sentença confirmada por seus próprios fundamentos. Recurso improvido.** (TJ-RS - Recurso Cível: 71004775029 RS, Relator: Carlos Francisco Gross, Data de Julgamento: 25/02/2014, Quarta Turma Recursal Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 26/02/2014)

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ art.

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 25 de janeiro de 2021.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08002493720218230010.

Rio de Janeiro, 25 de janeiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681235

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 27/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681235

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 27/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681235

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 27/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000653**

Conta: **0000041544-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 151.038.462-68 4 - Nome completo da vítima: Raimundo Nonato Ribeiro da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Raimundo Nonato Ribeiro da Silva 6 - CPF: 151.038.462-68
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua Edmilson Jose Costa 9 - Número: 788 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Equatorial 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-314
15 - E-mail: liderboavista.pendencia@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 195199117-5392

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 41544 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 10 SET 2019

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e duração das lesões decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, RR 21 de Agosto 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

001/002/2010

TESTEMUNHAS

10 SET 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

06 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 494 - Boa Vista - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020006/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/07/2019 12:28 Data/Hora Fim: 04/07/2019 12:51
Origem: Polícia Judiciária Data: 04/07/2019
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 27/04/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RR-205

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Brejo Sexo: Masculino Nasc: 12/11/1951
Profissão: Pedreiro Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Viúvo(a)
Nome da Mãe: Raimunda Ribeiro da Costa Nome do Pai: Severo Pereira da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 151.038.462-68

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Edmilson José da Costa
Complemento: Casa
Bairro: Equatorial
Telefone: (95) 98102-4972 (Celular)

Nº: 738

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 151.038.462-68	Placa NAQ-4013
Renavam 01081940279	Número do Motor KD08E1G205445
Número do Chassi 9C2KD0810GR205520	Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD
Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Raimundo Nonato Ribeiro da Silva	Proprietário



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020006/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado Nº 03185783190, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta de sua propriedade devidamente descrita acima, onde se deparou com uma manada de bois, vindo a colidir em um. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido por um equipe do SAMU até o HGR, para atendimento médico. Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

04 JUL 2019

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Raimundo Nonato Ribeiro da Silva
(Vítima / Envolvido / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) titular responsável pelas informações acima asseridas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Escolha a(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

1 - R\$ do sinistro de ASI:

3 - CPF da vítima:

151.038.462-68

4 - Nome completo da vítima:

Raimundo Renato Ribeiro da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Raimundo Renato Ribeiro da Silva

6 - Profissão:

Condutor

7 - Endereço:

Rua Edmilson José Costa

8 - CEP:

151.038.462-68

11 - Cidade:

Capitão

12 - Estado:

Paraíba

13 - Cidade:

Capitão

14 - E-mail:

luisvictor@luisvictor.com

15 - CEP:

04.317.344

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTÃO A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, sob todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00
☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 2.500,00

☐ R\$ 2.500,00 A R\$ 5.000,00
☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR E CURADOR)

☒ CONTA POUQUANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (342)

☐ Banco do Brasil (003)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (bancos comerciais)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0053

CONTA:

44544

AGÊNCIA:

CONTA:

0053

Informar o dígito verificador

Informar o dígito verificador

Informar o dígito verificador

Informar o dígito verificador

Autorizo a Seguradora LIDER a consultar na internet a situação informada, de acordo com o valor de indenização, para fins de indenização, e a emitir o comprovante de pagamento, caso necessário, reconhecendo a dívida, desde que a seguradora não tenha sido notificada anteriormente.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de exercer o trabalho habitual, por motivo de acidente de trabalho, e que não tenho condições de voltar ao trabalho, mesmo após a cessação do tratamento médico, e que não tenho condições de exercer o trabalho habitual, mesmo após a cessação do tratamento médico, e que não tenho condições de exercer o trabalho habitual, mesmo após a cessação do tratamento médico.

☐ NÃO há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

Indicar, em caso de negativa, o prazo máximo de análise do IML, por parte do IML, para a realização da perícia, e o prazo máximo de análise do IML, por parte do IML, para a realização da perícia, e o prazo máximo de análise do IML, por parte do IML, para a realização da perícia.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

☐ Filho

☐ Filho

☐ Filho

☐ Filho

☐ Filho

☐ Filho

☐ Filho

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se viúva, informar o nome completo:

☐ Sim

☐ Não

28 - Vítima deixou filhos, informar:

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tenha filhos, informar:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tenha pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

34 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

35 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

36 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

37 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

38 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

39 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

40 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

41 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

42 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

43 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

44 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

45 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

46 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

47 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

48 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

49 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

50 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

51 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

52 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

53 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

54 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

55 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

56 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

57 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

58 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

59 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

60 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

61 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

62 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

63 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

64 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

65 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

66 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

67 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

68 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

69 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

70 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

71 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

72 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

73 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

74 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

75 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

76 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

77 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

78 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

79 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

80 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

81 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

82 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

83 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

84 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

85 - Vítima deixou irmãos, informar:

☐ Sim

☐ Não

86 - Vítima deixou pais, informar:

☐ Sim

☐ Não

87 - Vítima deixou irmãos, informar:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

CONFERE COM O ORIGINAL



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



Anderson Teixeira Siqueira
Médico Enfermeiro SAMU
COREN/RR 4.19.12

UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE: TE TEIXEIRA, CARVALHO MALLIN

Paciente: RAYMUNDO NONATO KUBITZ DA SILVA Idade: 65 Sexo: M ☐ F
Nacionalidade: Brasileira Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia
Endereço: RR-205 - RUA SANTIAGO
Ponto de referência: RUA VILA TARDIN

Nº da Ocorrência: 5727 DATA: 27/09/19 ACIONAMENTO: 08:09
Médico (a) Regulador (a): ANETE HORA CHEGADA NO LOCAL (JH): 08:23

MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	MOTO/BICICLETA	VIOLÊNCIA	OUTROS
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Com capacete	<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho
<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Queda de moto	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto
<input type="checkbox"/> Colisão X	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Queda, Alt. Aprox.
<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> queda de Bicicleta	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstica
<input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro		<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente
<input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro		<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Agressão p/ anim
		<input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Outros:

AValiação INICIAL

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Abolida	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> AVDN
<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> DNV
<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Hipertimpanismo	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> M.V. Ausente	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Midríase
<input type="checkbox"/> Obstruída	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Anisocoria
<input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa	<input type="checkbox"/> Maciez		<input type="checkbox"/> Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Taquipnéia			

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A. mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sal O ₂ %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR
Início 08:30	16/180	96	26	94	-	10		
Fim								

AValiação SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Tórax	Abdome
<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Desvio da traqueia	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Distendido
<input type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Doloroso
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Em tábua
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Hematoma		<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Tórax instável	<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Laceração				<input type="checkbox"/> Lacerações

Membros

Pelve	Coluna Dorsal	Membros
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Fratura
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Amputação
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa	<input type="checkbox"/> Esmagamento
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Deformidade	<input type="checkbox"/> Avulsão

AValiação CARDÍACA

AValiação CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PRECEDE
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Aborto
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Digestiva
		<input type="checkbox"/> Endócrina
		<input type="checkbox"/> Alergias
		<input type="checkbox"/> Cardiopatia
		<input type="checkbox"/> Psicóticas

CONFERE COM O ORIGINAL

Coord. Geral de Atendimento SAMU 192

Coord. Geral de Atendimento SAMU 192

Coord. Geral de Atendimento SAMU 192

CIEPA ENTPE
CE
DO
NT
E

Descrição:

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

Termo de Recusa

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: _____

Perda de líquido: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

01 - Colar Cervical

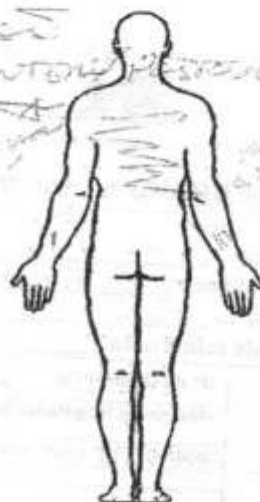
01 - Anestesia

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - PB

Abertura Ocular (O):	Espontânea	5 pontos
	Estímulo verbal	2 pontos
	Estímulo doloroso	1 ponto
	Sem resposta	0 pontos
Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
	Extensão (descorticação)	2 pontos
	Sua resposta (flacidez)	1 ponto
Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sua resposta	1 ponto
TOTAL DE PONTOS		14



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - PB

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Colar cervical. Paciente acordado com consciência em GCS 14, Funções vitais estáveis. O paciente é orientado com GCS 14. TX Ant/Post. E recuperação completa.

Anderson Tavares
74. Interim
CONTEÚDO

CONFERE COM O ORIGINAL

Francisco Eládio Cavalcante de A. Neto
Médico - CRM PB 11189
Coord. Geral Centro de Referência - SAMU 102
Pôrto Alegre (PA) 2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000041544-0

Nr. da Autenticação 8E5B5147817F6F2F



002910752

A Tarifa Social de Energia Eléctrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

374.28

ROT: 8.001.16.11.15/100

NORMAL

RESID. Ex. RENDA	BL	2823025	N 1412682	1.4.1.2	51
------------------	----	---------	-----------	---------	----

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes./Ano	Valor R\$	Descrição
04/2019	683,29	Trabalho realizado durante a execução de obra de reforma e manutenção elétrica e hidráulica no 2º andar do 1º bloco do prédio da Prefeitura Municipal de São João del-Rei, no valor de R\$ 683,29.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/2018)
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO. 8289.0224.13E8.543A.00F7.4512.CE52.7D96

CUSTAS DE DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA		BASE DE CÁLCULO	
Distribuição:	58,21	Base de Cálculo:	226,55
Energia:	123,42	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	38,51
Energos:	6,41	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	38,51	Valor do COFINS:	0,00

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
3,04			5,00			1,23

FLORESTA

03/2019

167.04

ROT: 8.001.16.11.157100



0094396-7

TOTAL A PAGAR = R\$

374.28

445 74745422

05/2019

VENCIMENTO

06/06/2019

Nº de Nota Final:

002910752 FCAM

83620000003 9 74280075000 9 00000000094 3 39670519008 2



SEQ.: 00306 UC: 0094396-7 DT.LEIT.: 21/05/2019 T.ENTR.: 00
LEITURA: 68618 NORMAL TOTAL: 374,28 CARGA: 009
DT.VENC.: 06/05/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1271

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003121638

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	11/07/2019	705	579,07

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO
AV GEN ATAIDE TEIVE 2748 02 LIBERDADE
CPF: 00024172596215
CEP: 69.309-000 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.02.027408

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	41300	Atual:	24/06/2019
Anterior:	40595	Anterior:	27/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/07/2019
Consumo Medido:	705	Emissão:	19/06/2019
Consumo Faturado:	705	Apresentação:	24/06/2019
NORMAL		28	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	11EDB04342	N 1525102	1.1.1.2	916

HISTÓRICO KWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mes/ano consumo	
MAI/19 881	CONSUMO 705 A R\$ 0,773664 = 545,43
ABR/19 1051	ILUMINACAO PUBLICA 33,64
MAR/19 903	
FEV/19 1039	
JAN/19 816	
DEZ/18 893	
NOV/18 1035	
OUT/18 1086	
SET/18 823	
AGO/18 955	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 705 - 0,534620

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes./Ano Valor R\$ 05/2019 729,98
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/07/2019, em função das contas reavizadas desta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e se reavizáveis no valor de R\$ 805,79 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 4CAD.F901.9153.C487.3F30.E303.A9CD.F457

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS-TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	138,49	Base de Cálculo:	545,43
Energia:	293,68	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	92,72
Encargos:	15,25	Valor do PIS:	0,93
Tributos:	98,01	Valor do COFINS:	4,36

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
0,00			0,00			0,00	

FLORESTA

04/2019 344,83

ROT: 5.001.12.02.027408

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Jerô Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Jerô Bezerra, 404 - Boa Vista - RR



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:
<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu,

Denilze Correia Pintas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.057.152/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Raimundo Nonato Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 151.038.462/68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Raimundo Nonato R. da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 151.038.462/68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. General Ataíde Teive</u>	Número: <u>2448</u>	Complemento: <u>02</u>
Bairro: <u>Boa Vista</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>lidirboavista.pendencia@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.309.000</u>	Tel. (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>

Local e Data:

Boa Vista - RR 21 de Agosto 2019

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

HCR

HCR

BLOCO B

Alto 04.05.19

Identificação do Paciente

RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

70200816373016818 12/11/1981

RAIMUNDA RIBEIRO A COSTA

1 - NOME DO RESPONSÁVEL

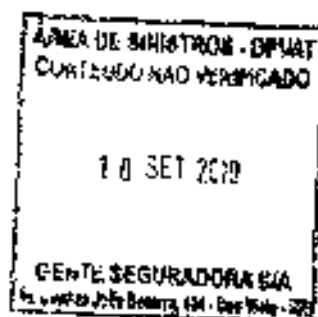
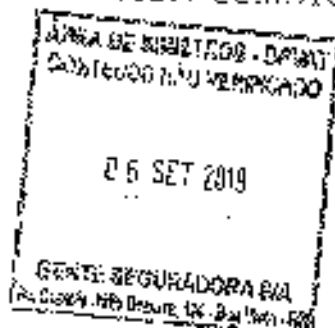
2 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL

BOA VISTA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO MOTO X ANIMAL (VACA), TRAUMA TORÁCICO CONTUSO COM PRESENÇA DE HEMOPNEUMOTORAX À DIREITA

AS ACIMA



ANAMNÊSE + EXAME FÍSICO + EXAMES COMPLEMENTARES

PÓS-TRAUMA HEMOPNEUMOTORAX

PROCEDIMENTO SOLICITADO

to para internar em UBS

Clínica Geral

Clínica Geral

Clínica Geral

Clínica Geral

Clínica Geral

Clínica Geral

Clínica Geral

Clínica Geral

Clínica Geral

Clínica Geral

Clínica Geral

Clínica Geral

Clínica Geral

Clínica Geral

Clínica Geral

Clínica Geral

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

04/2080166
5272
4295



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

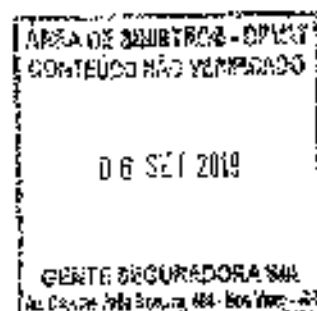


Descrição de Procedimento

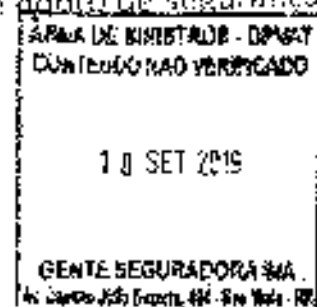
Nome: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Profissionais: Dr. MÁRCIO FREIRE

Data: 27/04/2019



- 1- Paciente em DDH + Assopção e Antissepsia.
- 2- Anestesia Local em 5º LIC, na linha axilar média, em hemitórax DIREITO superficial e profunda.
- 3- Incisão respeitando o sentido das costelas em 5º espaço intercostal E.
- 4- Divulsão com Kelly Curva sobre a borda superior da costela inferior, elevando até a cavidade torácica, dissecação com avaliação digital com saliente e sem e sangue.
- 5- Passagem de tubo fenestrado nº 36 em sentido pósterior superior.
- 6- Conexão do tubo ao sistema lechado em solo d'água com saída de ar.
- 7- Fixação do tubo à pele com Nylon 1 (ponto em "U") e ponto de segurança com fio Nylon 1.
- 8- Limpeza local e curativo oclusivo.
- 9- Dreno funcionando (oscilante)
- 10- Raio-X de Tórax de controle solicitado.



Dr. Fernando Carlos Martins Ferreira
Cirurgião Oncológico de
S. Cabeça e Pescoço
CRM: 11.143

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME: Raimundo Nonato Ribeiro da Silva

LEITO: 214.1

DATA: 28/04/19

1	Dieta oral livre								
2	AVP								
3	Dipirona 1gr, EV, 4/4h								HD
4	Plasil 10 mg EV 8/8 h SN								DR
5	Orndasetrona 4mg EV 8/8h, se em falta de PLASIL****								
6	Tramial 100mg + SFE 9% 15ml EV 8/8h								
7	Captopril 25 mg vo sc PAS ≥ 160mmHg E/OU PAD ≥ 110mmHg								
8	Inulina Regular e/ou GH 50% conforme esquema								
9	Curativo diário								
10	ANOTAR DEBITO E ASPECTO DO DRENDO								
11	SSV + CC66								
12	Insulina Regular								
13	Insulina Regular								
14	Insulina Regular								
15									
16									

SINAIS VITAIS

HORARIO

12H

18H

24H

06H

DEXTRO

Glucose 50% 40 ml EV

ADRENALINA

INSULINA

PA 118/78

FC 78

TEMPERATURA 36.3°C

FR 120/80

DIURESE 201-250

EVAACUACAO 251-300

CURATIVO 301-350

CHAMAR PLANTONISTA

DE	28/04/19	DI	27/04/2019	ME	12/1/51	NUM	BLOCO B
RE	Raimundo Ribeiro Lima			COOP	672	LETO	214-1
DA	27/04/19			AGRIDO PROCEPTOR		DI	Fernando
	Arcangelo Dutra		Jo. DTK D	AGRIDO RESIDENTE			
LI							
DI							
SA							
SI							
LI							
DI							

+ 200X 4 parcos
 relativo levantamento -

De ~~Capitão~~

et al. 2012 et al. present
relative measurements

com o uso de uma máquina de lavar, e depois, com a ajuda de uma

Before defendant's removal, respondent, Jan. 19, 1902.
 Defendant's removal, Jan. 19, 1902.
 Defendant's removal, Jan. 19, 1902.

AREA DE EMISAO DE PASSAPORTE
COMISSAO PARALELA
06 SET 2019
CENTE SEGURADORA SAA

10 SET 2019
 GENTE SEGURADORA S/A

[illegible]

... ist ein Polymer; R ist 7 Impressionen

PtX... seg... semis flouzes... um ponto de reversão
Referen. Soudi v. 1984

Netto de peso 400ml (de 100ml a 200ml)

Normado GUD

Cleopatra General 12.00
mensurado Aug -

~~CONFIDENTIAL~~

Pablo Alejandro Castro
1955-1974-1982
1983-1984



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



234-1

CLINICA CIRURGICA

MOSE

Raimundo Norberto Ribeiro da Silva

ALERGIA: NÃO ☐ SIM ☐

LEND

210-1

DATA

30/04/19

AD

DETERMINADO EX
Dr. Fernando André

2 AVP

3. Dipirona 3g EV 6/6h

4. Fisal 10 mg EV 8/8h

5. Oncosectone 4mg IV 8/8h, se ausência de Fisal

6. Titania 100mg + St 0,3% 100 ml 8/8h S/A

7. Cloxare 400mg 1x/die

8. Clozapil 125 mg vo se PAS > 160mmHg L/DU > 110mmHg

9. Insulina Regular c/ou 0-150% conforme esquema

10. Curativo Plástico

11. ANOTAR OBITO E ASPECTO DO CREMÓRIO

12. SSVM+CCG

Fisio Terapêutica Reparatória

SINAIS VITAIS

HORARIO

PA

FC

TEMPERATURA

DIURESE

EVACUAÇÃO

CLINICO

12h

18h

24h

30h

36h

42h

48h

54h

60h

12h

18h

24h

30h

36h

42h

48h

54h

60h

12h

18h

24h

30h

36h

42h

48h

54h

60h

12h

18h

24h

30h

36h

42h

48h

54h

60h

12h

18h

24h

30h

36h

42h

48h

54h

60h

12h

18h

24h

30h

36h

42h

48h

54h

60h

12h

18h

24h

30h

36h

42h

48h

54h

60h

12h

18h

24h

30h

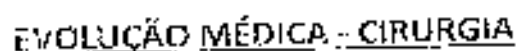
36h

42h

48h

54h

60h



<p><u>Diagnósticos:</u></p> <p><u>Trauma torácico</u></p>		
<p><u>Dispositivos:</u></p> <p>SN5</p> <p>Sonda Vesical:</p> <p>Tubo de Torax 10cm. a. 23</p> <p>Oxígeno 2l/min</p> <p><u>no oxígeno</u></p>	<p><u>Antimicrobianos:</u></p> <p>Amox</p>	<p><u>Pregrado:</u></p>

[illegible]

4. 1 RCR21, RCMF, sero 50002

1096: Quetz:

() MTV + birati al. seen Ruqon Adhenticity

X) OCEAN MOUNTAIN R.L. LANDMAN'S DEPARTMENTAL REPORTS
on L.D. SRA

1. *Fluoride, with vinylidene chloride, in CCl₄, RMA :*

[illegible]

☒ Ausência de periculosidade ($\leq 3s$), ausência de eczema: Partir na hora

iii. Rollera na expansão no palato D. zilhão no resumo

PROFESSOR A. J. G. J. VAN DER

CD: Intro Exercises

EXAMINER - DA. d: ____/____/19____

CB	GV	H5	H7	PLT
Q3	CR	TGC	ICP	BO
RI	BT	TA	GCT	TAP
COOLERS	CPA	GLC	AMI	LIP

Fabio Aparecido Costa
Mat. 1201615349
Interino - UFPA

Dr. Jorge E. Rodríguez
Instituto Vicerrectoría
de Investigación y
Desarrollo Tecnológico



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº

Versão: 03

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente: Raimundo Renato Ribeiro da Silva

ICR

Leito: 243Data: 30/04/2015

Localização

Região 1. Coxa

Região:

Citr: 1 11

Etiologia

- () SLP III IV V* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

- () SLP III IV V* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

Aparição do
Leito

- () Necrose Amarel/Negra () Esfáceo () Charbão () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros
() Morte () Maceração () Seta () Eritema / Rubor
() Outro:

- () Necrose Amarel/Negra () Esfáceo () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros
() Norma () Maceração () Seta () Eritema / Rubor
() Outro:

Pe e Perif. anal

Tipo do Exsudato

- () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguinolento () Soco
() Outro:

- () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguinolento () Soco
() Outro:

Quantidade de
Exsudato

- () Molhado () Úmido () Seco

- () Molhado () Úmido () Seco

Solução de
Limpeza

- () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%

- () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%

Cobertura
primária

- () Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogei
() Outro:

- () Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogei
() Outro:

Técnica

- () 12/12 () 48/48h

- () 12/12 () 48/48h

Profissional que
realizou
procedimento

Valmir Paulo F. de S. A.
Téc. em Enfermagem
CRP 00000000000

30/04/2015

Observações



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



02/05/19
04:30
Cirurgia

CIRURGIA GERAL

ALERGIA: NÃO ☐ SIM: ☐

NOME

Raimundo Nonato Ribeiro da Silva

LEITO

214-1

DATA

01/05/19

1 Dieta oral livre

2 AVP

3 Dor por 1g EV 6/6h

4 2x 10 mg EV 8/8h

5 Ondansetrona 4mg EV 8/8h, se ausência de vômito

6 Heparina 100mg - ST 0,5% 100 ml 8/8h 5/N

7 Clexone 400mg 3x/c

8 Captopril 25 mg vo sc PAS 2 150mg 4x 100ml 8/8h

9 Insulina Regular e/ou G-L 50% conforme esquema

10 Curativo D'ágar

11 Fisioterapia Respiratória

12 ANOTAR DÉBITO E ASPIRADO DO DRENDO 1x/dia

SSVV+CCGG

SINAIS VITAIS

TEMPERATURA

PULSO

TENSÃO

DIAPHRAGMA

EVACUAÇÃO

COMENTÁRIOS

DEXTRO

Insulina Regular

HORA

DEXTRO

INJEÇÃO

GLUC

Glucose 50% 40 ml EV

GLUC

10 U - SC

GLUC

10 U - SC

GLUC

10 U - SC

GLUC

10 U - SC

GLUC

10 U - SC

GLUC

10 U - SC

GLUC

10 U - SC

GLUC

10 U - SC

GLUC

10 U - SC

GLUC

10 U - SC

GLUC

10 U - SC

GLUC

10 U - SC

Tabela de Referência

Processo:

Nome: Raimundo Nonato Ribeiro da Silva

Matrícula: 0512019

Data: 01/05/2019

Idade:

Sexo:

Profissão:

Endereço:

Cidade:

Estado:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME

Raimundo Nonato Ribeiro da Silva

LEITO

214-1

DATA

02/05/19

Dieta oral livre

2 AVP

HO

Película na 1
acriopneumotórax
Dr. Fernando André

Manter
12-18-24-08
14-22-08
Atenção
SN

3 Mipirona 1g IV 6/6h

4 Plase 10 mg EV 8/8h

5 Oncaseltora 4mg. IV 8/8h, se ausência de PASI

6 Trat. 100mg - SF 0.9% 100 ml 8/8h S/V

7 Cefazone 40mg 1x/dia

8 Capapril 25 mg vo se PAS > 160mmHg L/CU PAO > 110mmHg

9 Insulina Regular e/ou Gl 10% conforme escuria

10 Medicamento Diário

11 Fisioterapia Respiratória

12 ANOTAR DÉBITO E ASPECTO DO DRENCO 1x/dia

SINAIS VITAIS

DEXTRO

Insulina Regular

HORA

DEXTRO

INSULINA

HORARIO

12h

18h

24h

6h

< 70

Cilicose 50% 40 ml EV

HORA

DEXTRO

INSULINA

PA

142 X 100

133 X 80

133 X 80

133 X 80

< 200

0.7 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

FC

92

91

91

91

221-270

0.4 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

TEMPERATURA

35.6

35.6

35.6

35.6

251-300

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

HR

79

79

79

79

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

PLUZZEE

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

FUNCÇÃO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CLÍNICO

35.6

35.6

35.6

35.6

307-350

0.6 UI - SC

HORA

DEXTRO



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

DATA	EVOLUÇÃO
02/05/19 Bloco B leito 214	<p>Paciente <u>Priscilla Mendes Nogueira da Silva</u>, sexo <u>masculino</u>, <u>67 anos</u>, <u>D.N. 22/04/39</u>, <u>Paciente</u> <u>crônico</u>, <u>com</u> <u>história</u> <u>de</u> <u>doença</u> <u>em</u> <u>apex</u> <u>de</u> <u>H78D</u> <u>oscilante</u>, <u>sem</u> <u>barbituratos</u> <u>com</u> <u>sedação</u>, <u>síndrome</u> <u>cardíaca</u> <u>com</u> <u>defeito</u> <u>de</u> <u>150 ml</u>, <u>AVP</u> <u>em</u> <u>100%</u>, <u>ME</u>, <u>paciente</u> <u>cardíaco</u>, <u>membranas</u>, <u>comprometido</u> <u>A.A.</u>, <u>respiração</u> <u>em</u> <u>crônica</u>, <u>função</u> <u>respiratória</u>, <u>expansibilidade</u> <u>e</u> <u>irrigabilidade</u> <u>diminuída</u> <u>em</u> <u>H78D</u>, <u>sem</u> <u>desaforte</u> <u>respiratório</u>, <u>sem</u> <u>tosse</u>, <u>AP - MV</u> <u>diminuído</u> <u>em</u> <u>H78D</u> <u>em</u> <u>base</u> <u>em</u> <u>RA</u>. <u>hemodinâmica</u>, <u>Normotensão</u>, <u>ADMI</u> <u>estável</u> <u>em</u> <u>em</u> <u>12</u>. <u>Força</u> <u>muscular</u> <u>preservada</u>, <u>sem</u> <u>presença</u> <u>de</u> <u>edema</u> <u>em</u> <u>presença</u> <u>de</u> <u>exacerbação</u> <u>leve</u> <u>em</u> <u>condição</u> <u>D.</u> <u>condição</u> <u>fisiopatológica</u>. <u>Exercícios</u> <u>de</u> <u>expansão</u> <u>pulmonar</u>. <u>Alívio</u> <u>em</u> <u>insuflação</u> <u>em</u> <u>ma</u>, <u>exercício</u> <u>de</u> <u>suspiro</u> <u>em</u> <u>expiração</u> <u>em</u> <u>condição</u> <u>resposta</u> <u>em</u> <u>em</u>. <u>SGV</u> <u>em</u> <u>em</u> - <u>T=37°C</u> <u>FC=88 bpm</u> <u>FR=24 ipm</u> <u>PA=12/8</u> <u>SGV</u> <u>em</u> <u>T=37°C</u> <u>FC=90 bpm</u> <u>FR=26 ipm</u> <u>PA=12/8</u>. <u>Acadêmica</u>: <u>Uso</u> <u>Vente</u> <u>RA</u> <u>34460</u>. <u>ADP</u>.</p> <p>Ananda Carla Oliveira Rodrigues Fisioterapeuta CREFITO 12/263302-F</p>



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



214-1

CIRURGIA GERAL

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME

Raimundo Ngnato Ribeiro da Silva

LEITO

214-1

DATA

04/05/19

1. Dieta oral laxativa

2. AVP

Fotografia +
hemograma, toráx
Dr. Fernando André

3. Dipirona 1g EV 6/8h S/N

4. Plasil 10 mg EV 8/8h S/N

5. Ondasetrona 4mg EV 8/8h, só ausência de Plasil

6. Carbital 100mg + ST 0,5% 100 ml 8/8h S/N

7. Cloxane 40mg 1x/dia (adicionar gelo focal antes e após)

8. Cefotaxim 750 mg sc PAS 2 1600 mg EV/OU PAS 2 1600 mg

9. Insulina Regular ou/ou GII 50% conforme esquema

10. Não trocar curativo ocular

11. Fisioterapia respiratória

12. SSVV+COGC

Alta hospitalar

SINAIS VITAIS

110BPM

120H

130H

20H

08H

DEXTRO

Insulina Regular

MOEA

DEXTRO

INSULINA

PA

120H

130H

20H

08H

DEXTRO

Insulina Regular

MOEA

DEXTRO

INSULINA

TEMPERATURA

120H

130H

20H

08H

DEXTRO

Insulina Regular

MOEA

DEXTRO

INSULINA

FR

120H

130H

20H

08H

DEXTRO

Insulina Regular

MOEA

DEXTRO

INSULINA

DIURÉTICO

120H

130H

20H

08H

DEXTRO

Insulina Regular

MOEA

DEXTRO

INSULINA

EVACUAÇÃO

120H

130H

20H

08H

DEXTRO

Insulina Regular

MOEA

DEXTRO

INSULINA

CLIMATIZADO

120H

130H

20H

08H

DEXTRO

Insulina Regular

MOEA

DEXTRO

INSULINA

Anotações da Enfermeira



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que a Sr. RAIMUNDO Nonato Ribeiro da Silva deu entrada no dia 27/04/2019 no serviço de cirurgia geral do Hospital Geral de Roraima e recebe alta hoje dia 04/05/2019 pelo serviço da Cirurgia Geral do HGR, devendo ficar afastado de suas atividades laborais por 30 (trinta) dias.



Dr. Jorge Carlos F. Lima
Médico Residente
Cirurgia Geral
HGR
Médico(a)



Bom Vista-RR, 4 de maio de 2019.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA



SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

NOME: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA
DATA DA INTERNAÇÃO: 27/04/2019
DATA DA ALTA: 04/05/2019
CIRURGIA: DRENAGEM DE TORAX A DIREITA
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: DR FERNANDO ANDRE

ÁREA DE REGISTROS - DEPARTAMENTO
CONTÉNGO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

AGENTE SEGURADORA SIA
Dr. Fernando André Basso, CRM: 100.100.000

DIAGNÓSTICO:

Trauma torácico - Hemopneumotoraxia Direita - fratura da clavícula D - fratura de arcos

TRATAMENTO

Toracocentese em sítio d'água + suporte clínico durante.

EVOLUÇÃO

Evoluiu sem intercorrências, queixando do dor em clavícula e em quadril, aceitando bem dieta boa diurese, fezes.

ORIENTAÇÃO

- 1- Retornar ao pronto socorro se intercorrências (por exemplo: falta de ar, febre, dor forte, vômitos, diarreia)
- 2- Dieta líquida (alimentação normal)
- 3- Lavar a Ferida operatória (cortes) com água e sabão/sapãoete e manter limpa e seca.
- 4- Retirar os Pontos com 10 dias no posto da saúde.

ÁREA DE REGISTROS - DEPARTAMENTO
CONTÉNGO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

AGENTE SEGURADORA SIA
Dr. Fernando André Basso, CRM: 100.100.000

Dr. Fernando André Basso
Médico Responsável

Boa Vista-RR, 4 de maio de 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

1208695438

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5058314 SSP/PA

CPF
151.038.462-68

DATA NASCIMENTO
12/11/1951

FILIAÇÃO
SEVERO PEREIRA DA SILVA
A
RAIMUNDA RIBEIRO DA COSTA

PERMISSÃO
ACE
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03185783190

VALIDADE
14/01/2019

1ª HABILITAÇÃO
02/02/2004

OBSERVAÇÕES

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Soares, 404 - Boa Vista - RIO

LOCAL
REDENCAO, PA

DATA EMISSÃO
22/02/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

53355569109
PA248636154

DETRAN-PA (PARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

1208695438

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Soares, 404 - Boa Vista - RIO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

905314502

PROIBIDO PLASTIFICAR

905314502

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
DENILZE CORREA DANTAS



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
3142655 SSP RR

CPF
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO
08/03/1979

FILIAÇÃO
JOSE DE SOUZA CORREA
EVANGELINA LOBATO DA
SILVA

PERMISSÃO

ACC

CATAMB

3

Nº REGISTRO
04953412311

VALIDADE
20/08/2019

1ª HABILITAÇÃO
31/05/2010

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Dantas

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
25/08/2014

59564648026
RR207683212

Denilze Correa Dantas
Diretor - Presidente
DETRAN RR

DETRAN-RR (RORAIMA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313160/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

CPF: 151.038.462-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/04/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
RIBEIRO DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA : 151.038.462-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2019
Nome: DENILZE CORREA DANTAS
CPF: 792.657.152-00

DENILZE CORREA DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681235 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA E ARCOS COSTAIS DIREITOS.

Descrição do exame físico: APRESENTA ÇICATRIZ DA DRENAGEM EM FACE LATERAL DO TÓRAX, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM CLAVÍCULA DIREITA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA CLAVÍCULA E ARCOS COSTAIS DIREITOS, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO PARA A FRATURA DA CLAVÍCULA, DRENAGEM TORÁCICA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECU DEFICIÊNCIA NO OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681235 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO TORÁCICO (HEMOPNEUMOTÓRAX À DIREITA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM). P.4 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: % SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681235 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO TORÁCICO (HEMOPNEUMOTÓRAX À DIREITA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM). P.4 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: % SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Raimundo Nonato Ribeiro da Silva
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Vivo
PROFISSÃO: Pedreiro RG: 505831-4 SSP/PA
CPF: 151.038.462-68
ENDEREÇO: R. Edmilson José Costa, 738 B. Equatorial
VÍTIMA: Raimundo Nonato Ribeiro da Silva
CPF: 151.038.462-68 DATA DO ACIDENTE: 27/04/19
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE



PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista, RR de 05 de JULHO de 2019.



Raimundo Nonato Ribeiro da Silva
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313160/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

CPF: 151.038.462-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/04/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
RIBEIRO DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA : 151.038.462-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2019
Nome: DENILZE CORREA DANTAS
CPF: 792.657.152-00

DENILZE CORREA DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681235 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA E ARCOS COSTAIS DIREITOS.

Descrição do exame físico: APRESENTA CICATRIZ DA DRENAGEM EM FACE LATERAL DO TÓRAX, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM CLAVÍCULA DIREITA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA CLAVÍCULA E ARCOS COSTAIS DIREITOS, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO PARA A FRATURA DA CLAVÍCULA, DRENAGEM TORÁCICA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190681235
Nome do(a) Examinado(a):	RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA EDMILSON JOSÉ DA COSTA 738 EQUATORIAL
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	151.038.462-68
Data e local do acidente:	27/04/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 06/01/2020

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/ANIMAL COM FRATURA DE CLAVICULA D + COSTELAS D

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DA CLAVÍCULA + DRENAGEM TORÁCICA; FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

OMBRO D: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM CLAVICULA D COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ELEVAÇÃO
TÓRAX D: PRESENÇA DE CICATRIZ DE DRENAGEM EM FACE LATERAL D, SEM ALTERAÇÃO ANATOMO FUNCIONAL LOCAL

IV) Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

OMBRO D: ALTERAÇÃO ANATOMO FUNCIONAL MODERADA

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): OMBRO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR